Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 13 Lipca 1878. № 28. Rok XVII.

I. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

Korzystając ze stosunkowo dość licznego materyjału klinicznego, na którym oprzeć mogłem doświadczenia przeprowadzone z środkami zachwalanemi w czasach ostatnich przy leczeniu kiły, pospieszam podzielić się z szan. kolegami z memi uwagami i wnioskami, a to tém bardziéj, że rozprawka niniejsza stanowić będzie dokończenie do pracy dawniéj już, bo przed 1½ rokiem ogłoszonéj w październikowych numerach naszego czasopisma. (Patrz Przegląd Lekarski 1876. Nr. 43, 44, 45 i 46). Wówczas nakreśliwszy pokrótce w chronologicznym porządku szereg środków, jakie począwszy od r. 1857, tj. od czasów Aleksandra Wooda, w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zalecono do wstrzykiwań podskórnych celem leczenia tego tak przykrego cierpienia, jakiém jest kiła, poświęciłem głównie uwagę swą dwom środkom zalecanym gorąco przez największe powagi naukowe tj. sinkowi rtęciowemu i białkanowi rtęci, popierając moich kilka uwag wcale nie licznemi, chociaż przyznać się ośmielam, że doborowemi spostrzeżeniami klinicznemi. Dzisiaj, kiedy kazuistyka moja na tém polu znacznie się wzbogaciła, gdyż od lat dwóch zajmuje ciągle moją uwagę umiejętne wyzyskanie materyjału tak klinicznego, jak i prywatnego pod względem zastósowania wstrzykiwań podskórnych do zwalczenia jadu kiłowego, śmieléj mogę wypowiedzieć moje zdanie co do wartości środków terapeutycznych, zachwalanych przez różnych specyjalistów w czasach ostatnich, jakoteż prędzéj spodziewać się mogę, że me uwagi krytyczne trafią do przekonania szanownych czytelników.

Co do środków przedewszystkiém, z jakiemi przeprowadziłem szereg cały badań na polu terapii kiły, to poczet ich nie jest wcale liczny, obejmuje bowiem głównie tylko środek wprowadzony w praktykę lekarską i nader zachwalany przez Bambergera, tj. białkan rtęciowy w różnych jego odcieniach i ulepszeniach znanych pod nazwą peptonów rtęciowych, następnie peptony jodowo-rtęciowe zrobione przezemnie w pracowni prof. Stopczańskiego, a wreszcie sublimat z solą kuchenną zalecany przez Sterna (1870), Profeta (1872) i Gschirhakla, który na oddz. prof. Redera (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 10), używał go z rezultatem nader pomyślnym. Kazuistyka moja służąc za podstawę do ocenienia działania środków co dopiero wspomnianych obejmuje blisko sto przypadków, a ponieważ od chwili rozpoczęcia moich badań ubiegają w tym miesiącu (marzec) już dwa lata, miałem przeto niejednokrotną sposobność widzenia obrazu kiły odnawiającéj się po zastósowaniu leczenia za pomocą środków wstrzykiwanych podskórnie, mogłem więc tém trafniéj ocenić dzielność ich terapeutyczną i wpływ na cierpienie, którego objawy i którego istota długo jeszcze zaprzątać będą umysły znakomitych badaczy na polu syfilidologii.

1.

Największa ilość przypadków kiły świéżéj, w ciągu dwóch lat ostatnich przyjętych na klinikę prof. Rosnera, była leczoną za pomocą pierwszego ze wspomnianych przetworów rtęciowych tj. za pomocą białkanu rtęciowego w pierwotnéj postaci, w jakiéj Bamberger dał go poznać światu uczonemu stwarzając dlań niezwykły rozgłos. Liczba przypadków tym przetworem leczonych tak w zakresie praktyki szpitalnéj, jak i prywatnéj wynosi przeszło 50, stanowi więc cyfrę aż nadto dostateczną, aby w ciągu dłuższego czasu wyrobić sobie dokładne zdanie o zaletach i wadach tego środka leczniczego; zwłaszcza, że przy przeprowadzaniu mych zabiegów terapeutycznych doznawałem zawsze łaskawego wsparcia ze strony mego profesora nieszczędzącego swych rad i trafnych zapatrywań opartych na długoletniém doświadczeniu.

Zanim atoli szczegółowo zastanowię się nad wpływem białkanu rtęciowego na zmiany chorobowe przez kiłę wywołane, chcę choć pokrótce omówić własności tego przetworu, dodając kilka uwag praktycznych pod względem techniki wstrzykiwań podskórnych.

Białkan rtęciowy wstrzykiwałem chorym zazwyczaj w ilości jednego gramu na dawkę, biorąc rozczyn tego rodzaju, aby w jednym gramie płynu mieścił się 1 centigram sublimatu połączonego z białkiem, a rozpuszczonego w soli kuchennéj.

Rp. Albuminis ovorum aq. destill. (1 : 4) diluti et filtrati 60,00
Sublimati corros. in aq. destill. (5 : 100) soluti 20,00
Natri chlorati in aq. destill. (20 : 100) soluti 20,00
M. filtra S. Białkan rtęciowy do wstrzykiwań podskórnych.

Przetwór ten świeżo zrobiony jest niemal zupełnie przezroczysty, lekko tylko opalizujący, oddziaływa obojętnie, a w tym stanie wstrzyknięty podskórnie szczególniéj w okolicę niezbyt bogato zaopatrzoną w gałązki końcowe nerwów czuciowych, jak np. w grzbiet, nie sprawia ani znaczniejszego bólu chorym, ani też znaczniejszego zapalenia tkanki łącznéj podskórnéj występującego pod postacią nacieku; nadaje się przeto najbardziéj może ze wszystkich dotąd znanych przetworów rtęciowych zastrzykiwanych podskórnie tak do praktyki szpitalnéj, jak i prywatnéj, jednakowoż pod tym tylko warunkiem, jeżeli mamy do leczenia znaczniejszą ilość chorych i codziennie nienagannym, świeżo zrobionym przetworem rozporządzać jesteśmy w stanie. Inaczéj rzecz się ma jednakże, jeżeli ilość chorych leczonych tym sposobem jest szczupłą lub ogranicza się zgoła do jednostek; w takim razie trudności w zastósowaniu leczniczém białkanu rtęciowego wzmagają się widocznie i występuje na jaw najważniejsza strona ujemna tego przetworu tj. niestałość połączenia. Zarzut spotykający białkan rtęciowy z tego punktu widzenia jest tém cięższym, że w parze z nim chodzi także drogość przetworu i łatwe do zrozumienia rozliczne inne przeszkody w codziennem jego użyciu. Przetwór bowiem wspomniany po 2 — 3 dniach mąci się, zawierając drobne kłaczki strąconego z rozczynu białkanu rtęciowego, tak, że trzeba go przesączać, co zawsze zabiera dużo czasu, a nadto skład przetworu po przesączeniu zwłaszcza kilkakrotném jest już odmienny od pierwotnego pod względem ilościowym, staje się bowiem znacznie słabszym przez utratę właśnie co dopiero wspomnianych kłaczków nie będących niczém innem, jak tylko osadem białkanu rtęciowego. Jeżeli zaś przetwór mętny wstrzykniemy w tkankę podskórną chorego, to ból jest znaczny, a w następstwie wytwarza się także znaczny naciek podskórny, który wprawdzie nie przechodzi w ropienie, jeżeli tylko igłę strzykawki wprowadzi się ostrożnie i głęboko pod skórę, ale niepokoi chorego sprawiając mu pieczenie utrzymujące się nawet w kilka godzin jeszcze po wstrzyknięciu, przerywa mu sen, a wreszcie zniechęca chorych do tego sposobu leczenia, który niezaprzeczenie ma bardzo wielkie zalety. Pominąwszy już bowiem stronę umiejętną leczenia za pomocą wstrzykiwań podskórnych: ściśle oznaczoną dawkę leku wprowadzanego do ustroju i szybkość dostania się tegoż do soków organizmu, a przez naczynia chłonnicze do krwi i bezpośrednie oddziaływanie tą drogą na jad kiłowy czy to w postaci fermentu, czy też w inny sposób zatruwający cały ustrój, to najważniejszą zaletą wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych stanowi: łatwość przeprowadzenia kuracyi i nie przeszkadzanie choremu w codziennych jego zajęciach, następnie możebność zadawanie choremu równocześnie na wewnątrz innych leków np. wzmacniających, jakoto żelaza, chininu, bez obciążania funkcyi żołądka przetworami tak drażniącemi błonę jego śluzową, jakiemi są właśnie preparaty rtęciowe; możebność usuwania kiły nawet w przypadkach nieżytów przewodu pokarmowego lub cierpień skórnych, a wreszcie nadzwyczaj cenna zaleta tak w praktyce szpitalnéj jak i prywatnéj, tj. czystość tego sposobu lekowania w porównaniu z wcieraniami szaruchy, a ztąd znaczna także w ogóle taniość kuracyi.

Do wstrzykiwań używałem strzykawki Pravaza sprowadzonéj z fabryki berlińskiéj Windlera (6 zlr. na składzie u Witoszyńskiego w Krakowie), obejmującéj $1\frac{1}{2}$ grm. płynu i posiadającéj tę zaletę, iż zaopatrzoną jest w szkło grube, które nie tak łatwo pęka, jak w powszechnie używanych małych (1 gramowych) strzykawkach Pravaza, a tłoczek jéj metalowy na czarno pokostowany nie śniedzieje i nie kruszy się przewyższając pod tym względem tak strzykawki metalowe, jak i kauczukowe. Inne dodatki są zrobione z twardego kauczuku, igiełki zaś bardzo ostre i cieniuchne ze stali, przez co z nadzwyczajną łatwością wnikają w tkankę podskórną nie sprawiając żadnego bólu chorym. Wielką jednak trudność sprawiało mi z początku konserwowanie igiełek stalowych; przetwory rtęciowe bowiem nadzwyczaj prędko niszczą cienkie zwłaszcza igiełki amalgamując je i zapychając wkrótce ich światło, a wreszcie nadżerając stal, przez co igiełki nader łatwo się kruszą rdzewiejąc w środku. Na drodze dopiero doświadczenia doszedłem do praktycznego sposobu konserwowania igiełek stalowych, który szan. czytelnikom ze względów nader praktycznych gorąco polecić mogę, zwłaszcza jeżeli się zauważy, jak drogiemi są igiełki (po 80 ct.) i jak często się łamią zwłaszcza przy znaczniejszéj liczbie chorych leczonych za pomocą wstrzykiwań przetworów rtęciowych. Przed użyciem strzykawki Pravaza przestrzykuję ją wodą letnią z dodatkiem kwasu karbolowego 5%, następnie z flaszeczki dołączonéj w pudełku do strzykawki a napełnionéj przetworem rtęciowym wciągam tenże do strzykawki, po napełnieniu jéj nasadzam igiełkę, wypędzam powietrze, koniec igiełki maczam w oliwie i dopiero ująwszy dobrze fałd skóry zazwyczaj na grzbiecie koło kręgosłupa lub w linii pachowéj wbijam głęboko igłę pod skórę w kierunku osi podłużnéj fałdu, poczém wstrzykuję, cofając zwolna igiełkę, płyn zawarty w strzykawce ($\frac{2}{3}$ strzykawki z $1\frac{1}{2}$ gramowéj). Po dokonaniu tego drobnego, acz ważnego rękoczynu wyjmuje się igiełkę szybko z pod skóry, miejsce nakłucia zalepia się kawałkiem plastru zwyczajnego i miejsce zastrzyknięcia muska ręką delikatnie celem lepszego rozprowadzenia płynu pod skórą. Strzykawki z igiełką nasadzoną przestrzykuje się rozczynem 5% kwasu karbolowego, w końcu zaś wciąga się ostrożnie nieco oliwy karbolowéj (5%) uważając, aby koniec igiełki się nie skrzywił lub nie stępił. Tym sposobem namaszcza się wnętrze igiełki oliwą karbolową, która z jednéj strony dopełnia desinfekcyi narzędzia, z drugiéj zaś chroni je od rdzewienia. Tłoczek strzykawki zetknąwszy się z odrobinką oliwy również nie zsycha się i wypełnia zawsze szczelnie rurkę szklanną. Konserwując w ten sposób igiełki dopiąłem znacznéj oszczędności, bo uniknąłem częstego łamania się igieł, a niektóre mi nawet na pół roku wystarczyły przy codziennem ich użyciu nieraz nawet po kilkanaście razy. Nadto przestrzeganie takich ostrożności ma jeszcze tę doniosłość, że w razie możebnego zakłucia się igłą przy wstrzykiwaniach nie należy się wcale obawiać zaszcze-

pienia sobie jadu kiłowego, a jest rzeczą nader łatwą do pojęcia, że nawet myśl o podobnéj ewentualności może nad zwyczaj zaniepokoić lekarza, który dotąd szczęśliwie uniknął niezbyt przyjemnych darów Wenery. Szan. czytelnicy darują mi zbyt może drobiazgowe przepisy co dopiero przytoczone, tak co do konserwowania strzykawki, jakoteż co do saméj techniki wstrzykiwań, lecz codzienne doświadczenie poucza mnie o ich trafności, przedewszystkiém zaś ta okoliczność, że kierując się powyżéj skreślonemi zasadami pomimo kilku tysięcy wstrzykiwań różnych przetworów rtęciowych, nawet czystego sublimatu, nigdy nie widziałem ropienia w miejscu zastrzyknięcia, podczas kiedy uczniowie robiący pierwsze postępy na polu techniki wstrzykiwań nieraz już przez niedość głębokie i zręczne wstrzyknięcie nawet łagodnych przetworów rtęciowych wywołali powierzchowne zestrupienie czyli tak zwaną zgorzel suchą skóry w miejscu przyswojenia leku ustrojowi. Podobnież wszyscy autorowie, szczególniéj zaś Lewin, nie mogą przy zestawieniu wyników swych cennych doświadczeń pominąć milczeniem omawianéj kwestyi i nie położyć dostatecznego nacisku na technikę należycie pojętą i wykończoną.

Co do okolicy skóry obranéj celem wstrzykiwań białkanu rtęciowego kierowałem się zawsze doświadczeniem już w dawniejszéj rozprawce wyłuszczoném. Tam to wykazałem, że wstrzykiwania białkanu rtęciowego w wewnętrzną powierzchnię ud sprowadziły nacieki podskórne przez kilka tygodni się utrzymujące i skłoniły mnie do obierania nadal tylko okolicy grzbietu, zwłaszcza zaś tuż po obu stronach kręgosłupa i linij pachowéj z ominięciem samych łopatek; w tych bowiem miejscach wstrzykiwania były najmniéj bolesne i najmniéj też stosunkowo przykrości chorym sprawiały przy wykonywaniu codziennego ich zajęcia. Osoby z tkanką tłuszczową miernie rozwiniętą znosiły wstrzykiwania najlepiéj, u osób nazbyt tłustych i zbyt chudych tworzyły się stosunkowo najznaczniejsze nacieki podskórne.

Po tych uwagach wstępnych przechodzę do szczegółowego zestawienia wyników, jakie otrzymałem stosując podskórnie wstrzykiwania białkanu rtęciowego w różnych okresach cierpienia kiłowego. I tak używałem téj metody leczenia już to zaraz po wystąpieniu wrzodu stwardniałego (w 13 przypadkach), już to w okresie świeżego wybuchu kiły wtórorzędnéj (w 27 przypadkach) lub też podczas pojawiania się objawów kiły powracającéj (w 9 przypadkach), a nawet w kilku przypadkach kiły późnéj występującéj pod postacią zboczeń umysłowych na oddziale Doc. Dra Neussera, w tych ostatnich jednak przypadkach tylko wyjątkowo i w ogóle z rezultatem niezbyt pomyślnym. Co do ogólnego wrażenia, jakie zrobiło na mnie dłuższe użycie praktyczne białkanu rtęciowego w przypadkach powyżéj wspomnianych, to nie różni się ono wcale od uwag moich wypowiedzianych w pracy ogłoszonéj jeszcze przed 2 blisko laty, którą skreśliłem zaraz po pierwszych miesiącach terapeutycznego jego zastosowania. W przypadkach leczonych zaraz po rozpoznaniu wrzodu stwardniałego nie przeszkadza nawet znaczniejsza liczba wstrzykiwań wybuchowi kiły wtórorzędnéj, a wywiera tylko o tyle wpływ korzystny na przebieg objawów jéj następowych, że w przypadkach ściśle obserwowanych przypady te były bardzo łagodne i szybko wśród dalszego lekowania znikały.

(Dalszy ciąg nastąpi.)

II. Teoryja fermentacyjna przeziębienia, zakażenia krwi i gorączki.

Podał Dr. **Bolesław Sérkowski**,
lekarz ordynujący w szpitalu w Brzeżanach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27.)

b) Dowody, że gruczoły potne są drogą dla wnikania w ustrój zaczynów przeziębnych.

Że istoty chorobotwórcze drogą gruczołów potnych (i migdałków) wnikają do ustroju przy tak zwanych przeziębieniach, na to mamy ważne dowody:

1) W zadziwiającym zjawisku, że zwierzęta, mało rozwinięte, które mają gruczoły potne i nie pocą się np. psy, koty, króliki rzadko ulegają też przeziębieniu a przynajmniéj rzadko podlegają gośćcowi, te zaś, które mają gruczoły potne mocno rozwinięte, np. konie i wszystkie zwierzęta pociągowe, ulegają częściéj gośćcowi *).

2) Ziębnięcie lub zamoczenie tych części, które mają najwięcéj rozwinięte gruczoły potne, np. podeszew, najłatwiéj wywołuje choroby przeziębne, jakoto: gościec, nieżyty, zapalenia gardła itd.

Te fakty wykazują nadzwyczaj dobitnie związek gruczołów potnych z przeziębieniem i w żaden inny sposob wytłumaczyć się nie dadzą a najmniéj przez wielokrotnie przypuszczany wpływ nerwowy.

3) Że gruczoły potne są chorobowo zadrażnione we wszystkich chorobach przeziębnych, dowodzi tego i to zjawisko, że wszystkie te choroby są połączone z mniéj lub więcéj obfitemi potami, i tak gościec ostry cechuje się najobfitszemi potami, gorączce nieżytowéj, zapaleniom gardła towarzyszą zazwyczaj dreszczyki naprzemian z uczuciem gorąca i z potami.

4) Że gruczoły powierzchownie leżące w ogóle są nader przystępne dla wszelkich zarazków, widzimy to szczególnie na migdałkach, które są tylko zbiorem gruczołów mieszkowych i wpadają 15—20 otworami do paszczy. Jeżeli dziecko, z gorącéj kuchni, w któréj odbywa się pranie, w któréj więc wszystkie pory gruczołów jak w łaźni parowéj otwierają się, wystawimy na chłodny wiatr lub słotę, możemy być pewni, że na migdałkach jego wkrótce tworzyć

*) Senator w dziele Ziemssena (tom XIII. str. 26) tak się w tym względzie wyraża: Wspomniałem już, że nie powiodło się Richardsonowi wywołać gościec stawowy przez zastrzyknięcie kwasu mlekowego; ale mocno też musiałbym się dziwić, gdyby się powiodło, i gdyby zdołano wywołać takowy sztucznie u **psów, kotów lub królików**, które z natury albo wcale nie albo mało usposobione są do gośćca. Być może, że takie doświadczenia byłyby skutecznémi u zwierząt, które, jak np. konie, są skłonne do téj choroby, a które mniéj więcéj, jak wszystkie właściwe zwierzęta pociągowe, albo jak człowiek, po większém natężeniu mięśniowém wydzielają pot, to jest swoisty płyn gruczołów potnych, czego nie czynią tamte zwierzęta, a to z powodu, że nie posiadają gruczołów potnych.

Tu Senator poszedł za daleko, wystarczyłoby powiedzieć „ponieważ się nie pocą." Rzeczywiście psy i koty mają gruczoły potne, na co kol. Pawlikiewicz uwagę mą zwrócił; faktem jednak jest, że się nie pocą. I tak mówi Weiss (*Specielle Physiologie der Haussäugethiere, Stuttgart* 1869 str. 268): najbardziéj i najmocniéj pocą się konie; bydło poci się także, ale nie tak mocno jak konie. Uderzającą jest rzeczą, że pies się nie poci, choć gruczoły potne jego bardziéj są rozwinięte, aniżeli u bydła.

się pocznie materyja dyfterytyczna, zwlaszcza kiedy zarodki téj materyi rozpostarte są na wielką skalę w powietrzu, co w czasie panującéj nagminnie błoniawie koniecznie przypuścić należy.

Istota chorobotwórcza w błonicy jest inna niż zaczyny w gośćcu, chcemy tylko dać przykład, że jak gruczoły mieszkowe migdałków są najlepszym gruntem dla zaszczepienia materyi dyfterytycznéj, tak gruczoły potne (może z współudziałem także i gruczołów łojowych skóry) są najlepszą rolą dla zaczynów gośćcowych i nieżytowych. Gruczoły ślinne żuchwowe *(parotis)* są także przystępne dla istot chorobotwórczych, wywołujących zapalenie tychże, które niekiedy nagminnie się pojawiają *(mumps)* tj. wtedy, gdy twory te są w niezwykléj ilości w powietrzu rozpostarte *). O ile jednak trudniejszy jest do gruczołów tych przystęp przez długi i ciasny przewód Stenona, o tyle zapalenia te *(parotitis)* stosunkowo do zapaleń migdałów w ogóle rzadko się wydarzają. Że tą drogą istoty chorobotwórcze gośćcc wywołujące dostają się do organizmu, dowodzi tego między innemi następująca obserwacyja chorego, która w zupełności zastąpić może eksperyment umyślnie sprowadzony. Dziecko sześcioletnie wiele biegając zgrzało się i spociło a zmęczone położyło się na stole stojącym obok okna. W dolnéj szybie tegoż okna była przypadkowo okrągła dziura wielkości talara. Dziecko tak zasnęło, iż prąd powietrza ciągle obwiewał spocony jego kark. Gdy się przebudził chłopaczek, począł go kark boleć z początku nieznacznie, w kilka godzin coraz silniéj, a w 18 godzin potém już karkiem ruszyć nie mógł i płakał przy każdém poruszeniu. Dawka 4 gramów salicylanu sodowego w półtory doby wyżyta usunęła wszelkie dolegliwości. Jest to więc doświadczenie bardzo wymowne, że powietrze istotami gośćcotwórczemi (czyli przeziębnemi) obciążone wnikało w otwory gruczołów potnych. Tu istoty te rozwijając się wywołały objawy opisane.

c) Mechanizm wnikania zaczynów.

Wykazawszy, jak sądzę, w sposób dostatecznie przekonywający, jaką drogą dostają się zaczyny chorobowe przy przeziębieniach do ustroju, wypada nam się teraz zastanowić nad mechanizmem wnikania tychże, tudzież nad tém pytaniem, dlaczego one tam się zawsze nie dostają, tylko w czasie tak zwanego przeziębienia, i jak dostają się do krwi? Jeżeli nieprzyjaciel w powietrzu zawieszony zewsząd nas otacza, jeżeli przez tysiąc bram może wtargnąć do twierdzy naszego ustroju, tedy jest rzeczą zastanowienia godną, dlaczego ciągle doń nie wnika? Otóż musi być jakieś urządzenie tamujące przystępu do téj twierdzy lub jakieś warunki robiące ją nieprzystępną dla szkodników zewnętrznych.

W zwyczajnych warunkach pory skóry czyli ujścia przewodów potnych mogą być zamknięte do tyla, iż zarodków roślinnych czyli naszych zaczynów nie przepuszczają do wnętrza. Tworzenie się tak zwanéj gęsiéj skórki, gdy zimno na powierzchnię ciała działa, włókna mięsne gruczoły potne i ich przewody otaczające są zapewne tym narządem utrudniającym przystęp do gruczołów potnych. Nadto z fizyjologii wiemy, że wnikanie gazów z zewnątrz do ustroju jest bardzo nieznaczne, podczas gdy wynikanie z ustroju na zewnątrz jest znaczne, bo dla saméj pary wodnéj 500—800 gramów na dobę wynosi. Istnieje zatém w gruczołach potnych i w przewodach tychże gruczołów prąd odśrodkowy, który zapobiega, by istoty chorobotwórcze z zewnątrz do ustroju przez skórę się nie dostawały. W czasie rozgrzania mocnego, w czasie przebywania dłuższego w gorącéj i wilgotną parą przesyconéj atmosferze naczynia włosowate gruczoł potny otaczające rozszerzają się, włókna mięsne gruczołów potnych i tkanka łączna je otaczające wątleją, pory skóry przeto otwierają się, naczynia włosowate krwią nastrzykane rozszerzają się, potu wydziela się tyle, iż kroplami rosy zwilża ciało, prąd więc jest teraz większy i zawsze jeszcze odśrodkowy.

Gdy tak rozgrzane ciało wystawimy nagle na działanie zimna, nagle kurczą się naczynia włosowate gruczoł otaczające, krew z powierzchni skóry ucieka do wnętrza, prąd z odśrodkowego staje się dośrodkowym, pory gruczołów zwątlałe nie mogą szybko i szczelnie się zamknąć, wtedy twory wrogie wciągnięte zostają prądem tym do wnętrza gruczołów potnych a ztąd przez otaczające gruczoł naczynia krwionośne dostają się do ogólnego obiegu krwi. Ponieważ ten przedmiot, jakby się zdawało zupełnie łatwy do zrozumienia, wywołał polemikę (Dwutyg. Med. Publ. 1878. Nr. 10), z któréj się pokazuje, że nie był zrozumianym, gdyż wywnioskowano z moich słów twierdzenia, których nigdzie nie wypowiedziałem, przeto pozwalam sobie uzmysłowić moje zapatrywania w sposób jak najdotykalniejszy na mniéj subtelnym narządzie, niż są gruczoły potne.

Jeżeli na okrągłą kulkę ciepłomierza zadziała ciepło, wtedy słupek rtęci wznosi się w górę; jeśli na tak ogrzaną kulkę puścimy teraz nagle prąd zimnego powietrza, wtedy słupek rtęci nagle będzie się obniżać, wreszcie schowa się do kulki. Jeżeli górny koniec rurki byłby otwartym, to z łatwością w czasie obniżania się słupka, wpaśćby mógł do rurki proszek kurzu w powietrzu atmosferycznym zawieszonego; tenże w takim razie przyczepiłby się na wierchołku słupka, i schowałby się do kulki termometru. Gruczoł potny z swym przewodem pod względem formy nawet jest dosyć podobnym do maleńkiego ciepłomierza, w którym zamiast rtęci jest słupek pary potu skraplającéj się po wystąpieniu na zimniejszéj skórze.

Jeżeli na rozgrzaną skórę działa dłuższy czas zimno, tak iż warstwa tkanki podskórnéj, w któréj znajdują się gruczoły potne oziębi się, a rozszerzone pory jeszcze zamknąć się nie mogły, wtedy oziębiony pot, a zwłaszcza część jego w postaci pary w gruczole i w przewodzie zawarta, przez oziębienie kurczy się i pociąga za sobą powietrze atmosferyczne wraz z drobnemi zaczynami w nim zawieszonemi na kształt kurczącego się słupka rtęci w ciepłomierzu.

Jeżeli ciało nie jest rozgrzane, wtedy także mogą się dostać zaczyny do gruczołów potnych, bo i w tym razie prąd może się stać dośrodkowym, ale w tych warunkach daleko dłużéj musi zimno działać na ustrój, aby przeziębienie wywołać.

Dopóki jesteśmy w ruchu, nawet na zimnie nie łatwo się zaziębimy, bo ruch wytwarza ciepło, a ciepło podtrzymuje prąd odśrodkowy; skoro jednak nieruchomo stoimy na zimnie, najprędzéj się zaziębimy w skutek wytwarzającego się prądu dośrodkowego; jeszcze prędzéj oziębienie i prąd dośrodkowy następuje, gdy deszcz zwilży powierzchnię skóry, bo przez parowanie oziębia ją jeszcze bardziéj. W ten sposób, jak sądzę, udowodniliśmy, że wydarzają się w ustroju warunki potemu, aby pewne twory chorobowe w kurzu

*) W tym roku rzadka ta dosyć epidemija na wielką skalę rozpostarła się w Brzeżanach wtedy, gdy epidemija dyfterytyczna zbliżała się ku końcowi. Sam leczyłem lub widziałem kilkadziesiąt przypadków w ciągu 2 miesięcy. Wszystkie bez wyjątku pomyślnie się zakończyły.

atmosferycznym zawieszone dostawały się z zewnątrz do gruczołów potnych, a z tych do krwi, gdzie jak następnie będziemy się starali udowodnić, znachodzą warunki sprzyjające dalszéj fermentacyi. Czegoś podobnego domyśla się Hueter: (*Allgem. Chir.* Leipzig 1874.) „gdy ciało jest rozgrzane, wtedy naczynia powierzchowne rozszerzone ułatwiają wniknięcie „monady np. „micrococcus“ do ustroju,“ jednak, by to za pośrednictwem gruczołów potnych i przy pomocy prądu dośrodkowego się działo, o tém nie ma tam wzmianki.

Ta okoliczność, że zaczyny nie pozostają w miejscu gdzie wniknęły, to jest, w miejscu, które na przeziębienie było narażone, lecz dostają się do ogólnego obiegu krwi, tłumaczy nam, dlaczego po przeziębieniu pojawiają się przypady ogólne, gorączkowe, podczas gdy przy odmrożeniach działanie zimna jest przedewszystkiém miejscowe, mechaniczne. Podniósłszy z jednéj strony znaczenie gruczołów potnych przy sprawie przeziębienia tudzież w sprawie powstawania wielu chorób zakaźnych, musimy z drugiéj strony na tę okoliczność zwrócić uwagę, że objaw potów mało jeszcze jest wyzyskany tak w rozpoznawaniu, jak w rokowaniu i w leczeniu, w ogóle w całéj patologii, a to dla tego, że nie znamy wszystkich warunków pod jakiemi poty się wywięzują, i tak np. nie wiemy, dlaczego w początkach chorób gorączkowych, w durze, zapaleniu płuc itd. mimo wygórowanéj ciepłoty chorzy się nie pocą, dlaczego w późniejszym okresie nawet przy niższéj ciepłocie zazwyczaj się pocą, dlaczego niekiedy choroby te mijają zupełnie bez potów, w innych przypadkach przez cały przeciąg choroby chorzy obficie się pocą; kiedy poty uważać należy za krytyczne, kiedy nie, kiedy są one objawem pomyślnym, kiedy nie; rozjaśnienie tych stosunków byłoby wielkiéj wagi dla całéj patologii.

III.

Zjawiska fermentacyi zewnątrz ustroju.

Wiadomości o burzeniu, kiśnieniu czyli fermentacyi do niedawna były bardzo szczupłe, dopiero w ostatnich latach cokolwiek się rozszerzyły *).

Podczas gdy chemicy dawniejsi zapoznali nas głównie z wynikami fermentacyi tj. dowiedli, iż pewne organiczne ciała za dodaniem pewnych zaczynów (fermentów) rozpadają się na inne prostsze, organiczne i nieorganiczne połączenia, to o ile mi wiadomo pierwszy Pasteur, znakomity chemik i mikroskopista francuski, zapoznał nas bliżéj z przyrodą tych zaczynów i z istotą fermentacyi.

Jeszcze bowiem Liebig sądził, że działanie fermentów polega na udzielaniu cząstkom ciał fermentować mających pewnego ruchu atomowego, co jest mylném.

Jest wiele rodzajów fermentacyi tj. tyle ile w naturze różnych zaczynów, ale 3 są najwięcéj znane: fermentacyja wyskokowa, fermentacyja kwaśna i fermentacyja gnilna.**)

(Ciąg dalszy nastąpi.)

---

*) Wiadomości o fermentacyi czerpałem głównie prócz z podręczników chemii z wykładu Tyndalla umieszczonego w czasopiśmie „Przyroda i przemysł 1877. Nr. 16 i następne, tłumaczył Z..ti.

**) Wyrazu polskiego burzenie w znaczeniu fermentacyi unikam, ponieważ jest dwuznacznem i właściwszém dlań jest znaczenie walenia, niszczenia (zerstören), a wyraz fermentacyja nabrał już niejako prawa obywatelstwa w naszym języku; o wyrazie zaś kiśnienie to samo da się powiedzieć co o kisielach, iż odpowiadają tylko ferment. kwaśnéj.

III. Przypadek przemijającego cukromoczu u osoby zupełnie zdrowéj po spożyciu lodów z soków owocowych.

Podał Dr. Stanisław Ponikło.

W odnośnéj literaturze znachodzimy zaznaczone liczne przypadki cukromoczu przemijającego u osób zupełnie zdrowych, skutkiem najróżnorodniejszych wpływów. Podają między innemi przypadki chwilowego moczenia cukrem po nagłych wzruszeniach umysłowych, zwłaszcza skutkiem trwogi, przestrachu, wśród drgawek, podczas otrucia strychninem (Schiff) i t. p. Uważano cukromocz chwilowy po wdychiwaniu chloroformu lub eteru w celu uśpienia przed rękoczynami chirurgicznemi. Bock i Hoffmann zdołali wywołać cukromocz sztucznie przez wstrzyknięcie 1 procentowego roztworu soli kuchennéj do żył zwierząt. Również miano postrzegać wielokrotnie po spożyciu niezwykłych ilości pokarmów mącznych lub obfitych w cukier chwilowo cukier w moczu.

Sądząc, że najdrobniejszy przyczynek lub szczegół, należycie stwierdzony, dotyczący zawikłanéj etyjologii cukrzycy winien być spożytkowany, nie potrzebuję usprawiedliwiać podania niniejszego ciekawego przypadku chwilowego cukromoczu u osoby zdrowéj, pojawiającego się kilkakrotnie po spożyciu lodów z soków owocowych. Przy sposobności kilkakrotnego badania moczu mężczyzny liczącego lat dwadzieścia kilka, cieszącego się zupełném zdrowiem i czerstwością, zauważyłem pewnego dnia w moczu oddanym we 2 — 3 godzin po obiedzie znaczną ilość cukru. Ciężar gatunkowy moczu dotąd wahający się pomiędzy 1,015 — 1,020 wynosił obecnie 1,035. Zwyczajne próby jakościowe dawały reakcyje, pozwalające przypuszczać obecności dość znacznych ilości cukru w moczu. W rzeczy saméj mocz tenże zbadany w przyrządzie polaryzacyjnym okazał 2 odsetki cukru. Inne składniki moczu prawidłowe co do ilości i jakości. Mocz oddany w godzinę późniéj nie zawierał widocznych śladów cukru. Ponieważ pojawienie się nagłe tak znakomitéj ilości cukru w moczu było zastanawiające, starałem się dowiedzieć od osoby odnośnéj jakiegoś momentu niezwykłego, z którym możnaby wprowadzić w związek objaw w mowie będący. I tak wypytywałem się, czy nie naraził się bezpośrednio przedtém na znaczniejsze wytężenie mięśniowe, czy nie używał nadmiernie nużącéj przechadzki, czy nie spożył pokarmów niezwykłych i t. p. Dowiedziałem się, że osoba odnośna przed 2ma godzinami po obiedzie złożonym ze zwykłych pokarmów spożyła mierną ilość lodów z soków owocowych. Mocz oddany nazajutrz w różnych odstępach czasu nie zawierał śladu cukru. Nadto ilość moczu oddawanego była zawsze prawidłowa. Chcąc się przekonać, czy rzeczywiście zachodzi jaki związek między pojawianiem się cukru w moczu a spożyciem lodów, poleciłem powstrzymać się od spożycia takowych dnia następnego, obok zachowania się zwykłego pod każdym względem. Mocz oddany we 2 — 3 godzin po spożyciu obiadu nie zawierał cukru. Lecz gdy osoba odnośna w następnych dniach spożyła tegoż samego gatunku lodów w tym samym czasie (doświadczenie to wykonane zostało trzykrotnie) pojawiał się cukier w dość znacznéj ilości od 1·5 do 1·8 odsetek. W dniach zaś, w których powstrzymano się od spożycia takowych, mocz był wolny od cukru.

Zadowalam się samém podaniem tego faktu, stwierdzonego w pracowni chemii lek. U. J. prof. Stopczańskiego. Czy należy obwiniać tu szczególniejszą idijosynkrazyję osoby od

nośnéj do tego rodzaju pokarmu, lub czy czynnikiem działającym jest niska temperatura takowego, czy nareszcie jakie szkodliwe składniki lub domieszki użyte w wyrabianiu lodów, trudno rozstrzygnąć.

IV. Uzupełnienie artykułu o niedokrewności i transfuzyi.

(Patrz Nr. 27.)

Podał Dr. L. Rydygier.

Dowiedziałem się, że dokładniejsze badanie żołądka wykazało znaczny przerost mięśni i nieomal zupełny brak błony służowéj, którą zastępowała wielka blizna. Zdaje się, że chory wypił kiedyś znaczną ilość płynu gryzącego, chociaż się nigdy do tego nie przyznawał; matka jego teraz po tym wyniku badania jeszcze raz zapytana, nic o tém niewie. Trudno przypuścić, żeby ów leb spożyty był tak ostro zaprawiony.

Podam jeszcze w kilku słowach drugi przypadek operacyi przetoczenia krwi wykonanéj przeze mnie z polecenia tajnego radcy dw. Rieda dnia 2. b. m. po poł. Lekarz prakt. Dr. Hergt kierował porodem u kobiety, która już kilka razy bardzo ciężkie porody odbywała była.

Tym razem nastąpił tak obfity krwotok, że zaraz po porodzie prosił kolega o operacyję. Pomiędzy 6 a 7 godz. wieczorem wykonałem operacyję w asystencyi Drów Hergta, Schenka i Lüderitza. Przetoczyłem 180 cm. sz. krwi do tętnicy sprychowéj sposobem Hütera. Mimo operacyi chora o godz. 9 wieczorem tegoż dnia umarła. O bliższych szczegółach śmierci nie mogłem się dowiedzieć.

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie dokładniejsze z niektórych ważniejszych rozpraw mianych na VII zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie. Podał Dr. Rydygier, docent chirurgii w Jenie.

Wywiązując się z przyrzeczenia danego na wstępie krótkiego mojego sprawozdania z VII zjazdu chirurgów niemieckich (Nr. 17 Przegl. Lek.) podaję niniejszém cokolwiek dokładniejsze streszczenie niektórych ważniejszych rozpraw.

I. Koenig (z Gietyngi): O sposobie oprawy przeciwgnilnéj w razach już istniejącego gnicia.

Jak wiadomo przeznaczył Lister swój sposób opatrywania ran pierwotnie tylko dla ran czystych, a mianowicie dla ran przez ręce chirurga choremu zadanych. Gdyby oprawa przeciwgnilna rzeczywiście tylko w tych przypadkach okazała się skuteczną, gdyby jéj nie można zastósować także do ran zapalonych i zakażonych, nigdyby do tego znaczenia wysokiego nie była doszła, jakie ma obecnie, gdyż w znacznie większéj połowie przypadków nie moglibyśmy jéj używać; mamy bowiem niewątpliwie częściéj do czynienia z ranami zapalonemi i zanieczyszczonemi, aniżeli z czystemi w pojmowaniu Listera. Oprawa przeciwgnilna okazała się na szczęście skuteczniejszą, niż się tego z początku sam Lister spodziewał; można ją do zapaleń ropnych i ran nieczystych także z dobrym skutkiem stósować. Koenig stara się tego następującemi przykładami dowieść.

Zapobiegamy np. w ropnem zapaleniu pochewek ścięgniowych obumarciu ścięgien, dawniéj tak częstemu, nacinając jak najwcześniéj w kilku miejscach zapaleniu uległą tkankę, wymywając i wycierając następnie pochewkę ścięgien 5% rozczynem kwasu karbolowego, zaprowadzając sączki, a nareszcie stósując ciągłe nawodnianie słabszym rozczynem kwasu karbolowego lub salicylowego do zawieszonéj w powietrzu odnogi.

W świeżych przypadkach otoku w jamie piersiowéj *(empyema)*, zaleca K. nacięcie albo wypiłowanie żebra w miejscu o ile możności najniższém, z następowém jednorazowém wypłukaniem 5% rozczynem kwasu karbolowego. Nareszcie zaprowadzamy sączki, żeby odpływ wydzielin ułatwić i zakładamy oprawę przeciwgnilną.

Rany już zakażone gniciem, mianowicie powikłane złamaniem kości, radzi silnie odwietrzyć, porobić nacięcia, gdzie są potrzebne do swobodnego odpływu wydzielin i zniesienia naprężenia tkanek zapalonych, zmiażdżone i obumarłe części miękkie poodcinać, a oprawę dość często zmieniać. Dla lepszego objaśnienia tego postępowania przytoczył przypadek powikłanego złamania uda i podudzia, połączonego nadto ze zgorzelinową rozedmą. Nawet w tym tak nader smutnym przypadku zdołał za pomocą powyżéj nakreślonego postępowania życie choremu uratować przez odjęcie odnogi. Podobnych wybornych skutków możemy się atoli tylko wtenczas spodziewać, jeżeli nie szczędzimy kwasu karbolowego. Spostrzegał wprawdzie K. przy takiém postępowaniu kilka przypadków otrucia kwasem karbolowym, ale bez żadnych złych następstw, bez zejścia śmiertelnego. W przypadkach, gdzie rana ropieje, nie używa K. nawet protective, tylko kładzie muślin pognieciony *(Krüllgaze)* wprost na ranę, żeby wydzielina łatwiéj wsiąkała i natychmiast się odwietrzyła.

Pomimo, że na porządku dziennym była jeszcze rozprawe Küstera o trujących właściwościach kwasu karbolowego, już tu przy rozprawie Koeniga zabrało kilku obecnych w tym przedmiocie głos.

Mianowicie Bardeleben namienia, że i jemu mimo nader obfitego używania kwasu karbolowego przez 5 lat ani jeden nie zdarzył się przypadek otrucia kwasem karbolowym ze zejściem śmiertelném. Z tego powodu nie radziłby téż kwasu karbolowego zastępować modnym tymolem; raz dla tego, że tymol nie może się równać z kwasem karbolowym co do skuteczności przeciwgnilnéj, a powtóre dla jego nieprzyjemnie słodkawego zapachu zwabiającego w lecie roje much, którym się chorzy opędzić nie mogą. Hüter w podobny sposób przemawia za kwasem karbolowym, którego już przez 9 lat na swéj klinice używa. Radzi on nawodnianie silniejszemi rozczynami twierdząc, że po użyciu 5% rozczynu białko na powierzchni się ścina i nie dozwala znaczniejszego wessania kwasu karbolowego *(? Spraw.)*, ostatecznie więc zapobiega otruciu kwasem karbolowym. Nie wzdryga on się np. bynajmniéj przy krwawém odprowadzeniu przepukliny, zapalone pętla jelit dopóty wymywać 5% kw. karbolowego, dopóki nie zabarwiają się biało. Od czasu, jak używa tego sposobu, nie spostrzegał już nigdy ani nawet lekkiego zapalenia otrzewnéj dawniéj wcale nie zbyt rzadko się zdarzającego. Küster i Olshausen także przeciwko tymolowi przemawiają. Schede przyznaje, że tymol wprawdzie ranę mniéj drażni niż kwas karbolowy, ale za to spostrzegał po używaniu tymolu coraz to gorsze wyniki. Wnioskuje z tego, że siła ochronna przeciwko chorobom przyrannym udzielona szpitalom przez używanie kwasu karbolowego powoli razem z nim

znika. Bidder w ogóle jest także przeciwko tymolowi, zaleca go tylko do wypłókiwania otoków opłucny i wielkich jam ropnych. Wagner spostrzegał 3 przypadki otoku opłucny, w których po nacięciu na 2 miejscach, przeciągnieniu sączka, po 8 dniach tak dalece poodcinanego, że tylko małe kawałeczki w ranach pozostały, po częstém wypłukiwaniu nastąpiło w 8 tygodniach zupełne wyleczenie. Schede zabiera jeszcze raz głos i przemawia za wypiłowaniem jednego lub kilku żeber nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych, poczém jama otoku prędzéj się zmniejsza; kwas karbolowy zastępuje w przypadkach, gdzie objawy otrucia występują, kwasem salicylowym lub tymolem. Wreszcie Langenbeck zaleca tymol do używania u dzieci, chociaż rany nie zawsze bez ropienia się wtenczas goją. Thiersch ubolewa nad tém, że właśnie nikogo z Hali, zkąd środek ten tak gorąco zalecono, nie ma obecnego. Może te tak bardzo sprzeczne ze sobą wyniki w ten sposób dałyby się wytłumaczyć, że koledzy niezadowoleni z tymolu używali płynu złego lub zwietrzałego. Na ten zarzut kilku z poprzednich mówców odpowiedziało, że wyroby mieli z apteki, z któréj Volkmann także swe zapasy kupował, i że w ogóle całą oprawę ściśle podług przepisu Rankego zakładali.

II. Küster (z Berlina): O trującéj właściwości kwasu karbolowego przy używaniu jego chirurgiczném.

Używając w szpitalu Augusty oprawy przeciwgnilnéj spostrzegał K. w przeciągu 3 lat 5 przypadków otrucia śmiertelnego. W literaturze znalazł nadto 7 przypadków otrucia miernego stopnia, z których jeden przypadek zakończył się śmiercią, i 13 przypadków wysokiego stopnia, a pomiędzy niemi 5 przypadków śmierci.

Pierwszy przypadek tyczył się 23 letniéj dziewczyny ze zwężeniem odbytnicy. Podczas leczenia wypłukiwano częściéj odbytnicę 2% rozczynem kwasu karbolowego; 2 razy nastąpił po wypłukaniu znaczny zapad; ostatni raz nawet tak silny, że dopiero po całogodzinném sztuczném oddychaniu chora przytomność odzyskała. Mimo to nie długo potém umarła chora niby z ropnicy. Badanie pośmiertne zwłok wykazało wielką jamę ropną naokoło odbytnicy, w któréj to prawdopodobnie rozczyn kwasu karbolowego do wypłukiwania użyty w większéj ilości się nagromadził i został wessanym.

W drugim przypadku umarło dziecko w 3 godziny po wypłókaniu otoki opłucnéj $2\frac{1}{2}\%$ rozczynem kw. karbolowego.

W trzecim przypadku wydarzyło się, że jamę ropną miednicy u choréj 39 l. liczącéj, wypłukano powtórnie 5% rozczynem kw. karbolowego, chociaż już po pierwszém wypłukaniu był wystąpił zapad z obniżeniem ciepłoty aż do 35° C. Po tém powtórném wypłukaniu chora umarła.

W czwartym przypadku wypiłował K. dziecku $4\frac{1}{2}$ letniemu staw biodrowy, a następnego dnia dziecko już nie żyło.

Piąty przypadek tyczył się kobiety 33 l. liczącéj, u któréj po róży podudzia utworzył się wielki ropień pod mięśniem pośladkowym, a nadto staw kolanowy uległ zropieniu. W 4 godziny po nacięciu ropnia i nakłóciu stawu kolanowego z następném wypłókaniem kwasem karbolowym kobieta umarła.

K. wszystkie te nieszczęśliwe przypadki niespodziewanéj śmierci przypisuje otruciu kwasem karbolowym, niechcąc uciekać się do innych nieprawdopodobnych przyczyn, jak np. wstrząsu (shok). Chcąc przekonać się dokładniéj o trujących właściwościach kwasu karbolowego robił doświadczenia na zwierzętach już zkądinąd dawno znane ze znanym także skutkiem, dlatego tę część pracy pomijam. (Już kilka lat temu jak ogłosiłem moje badania doświadczalne w tym przedmiocie w *Gaz. Lek.*) Namieniam tylko, że K. tłumaczy gorączkę bezgnilną opisaną przez Volkmanna (cf. sprawozd. w Nr. 3 Przegl. i Volkmanna *Samml. klin. Vortr.*) działaniem kwasu karbolowego. Przekonał się bowiem, że nieraz po zadaniu tego środka u zwierząt ciepłota się także wzmagała. Podobnie jak u chorych zwierząt już daleko mniejsze dawki ($\frac{1}{4}$ część dawki dla zdrowych) śmiertelnie działają, tak też i u ludzi niedokrewnych i wycieńczonych łatwiéj występują skutki trujące kwasu karbolowego, gdyż w takich razach wessanie do tkanek łatwiéj następuje. Dzieci także bardzo źle znoszą kwas karbolowy. Daléj trzeba też przypuścić miejscowe i osobiste usposobienie do szybszego lub powolniejszego wessania. Jako choroby następowe przytacza K. zapalenie i zbrzęknienie płuc. Zalecany jako otrutek siarkan sodowy jest podług K. nieskutecznym, bo objawy otrucia występowały regularnie bez względu na to, czy zaraz po zastrzyknięciu kwasu karbolowego zastrzyknął siarkan sody, czy nawet mięszaniny z kwasu karbolowego i siarkanu sody w doświadczeniach użył. K. zaleca więc ostatecznie wielką ostrożność w używaniu kwasu karbolowego, a we wszystkich przypadkach gdzie się należy obawiać otrucia, radzi kwas karbolowy zastąpić innemi środkami, mianowicie chlorkiem zynkowym, twierdząc, że środek ten nawet w stężonym rozczynie (8%) nieprzeszkadza zrośnieniu rażnemu *(per primam)*.

Po téj rozprawie wywiązała się nadzwyczaj żywa dyskusyja wypełniająca całe następne posiedzenie: Lücke namienia, że otrucie nizkiego stopnia często widywał, nigdy otrucia śmiertelnego. Zabarwienie moczu zbyt późno występujące nie jest dobrym środkiem rozpoznawczym otrucia karbolowego. L. zaleca więc natomiast odczynnik przez Sonnenburga podany w *Deutsche Zeitschrft f. Chir.* (porówn. sprawozdanie w Nr. 5 Przegl.). Podług doświadczeń Lückego już mgła karbolowa wywołuje nieraz słabe otrucie. Jako chorobę następową spostrzegał L. nieraz zapalenie nerek mianowicie u dzieci, a w jednym przypadku u dorosłego: Mężczyzna ten trudnił się przyrządzaniem materyjału opatrunkowego dla kliniki, siedział więc dużo w powietrzu przesyconém kw. karbolowym i często też dotykał się kw. karbolowego. Zapadł na zapalenie nerek, a po zwolnieniu go od powyższego zatrudnienia wkrótce wyzdrowiał. Bardeleben jak to już przy dyskusyi nad rozprawą Koeniga namienił, nie spostrzegał nigdy otrucia śmiertelnego pomimo nadzwyczaj obfitego używania kwasu karbolowego. Zaleca on w przypadkach, gdzie chorzy są skłonni do otrucia, mięszaninę kwasu karbolowego z siarkanem zynkowym, z téj mięszaniny ustrój nie wsysa dużo kw. karbolowego. Czasem używa juty przyrządzonéj 5% rozczynem chlorku zynkowego. Koenigowi i Hüterowi również nie wydarzył się przypadek otrucia ze zejściem śmiertelném, utrzymują też, że nie wszystkie przypadki śmierci przez K. opisane, są wywołane otruciem karbolowém. Lossen jeden przypadek, a Kocher 2 przypadki otrucia śmiertelnego spostrzegali. Olshausen opowiada przypadek tyczący się położnicy z głębokiém rozdarciem szyjki macicznéj: po wypłókaniu silnym rozczynem kwasu karbolowego, wystąpiły objawy otrucia, jakoto bezprzytomność, drgawki mięśniowe, rozszerzenie źrenicy; czynność serca i płuc pozostała prawidłowa, po 3 godzinach objawy te niby

ustąpiły. Mimo to chora nie długo potém umarła, a badanie zwłok wykazało, że śmierć nastąpiła w skutek otrucia karbolowego. Kw. karbolowy dostał się przez rozdarcie do jamy brzusznéj. U innéj położnicy widział O. po wypłókaniu kwasem karbolowym jamy ropnéj miednicy i po używaniu czopka z waty nasyconego 2% rozczynem kwasu karbolowego już w przeciągu 12 godzin objawy otrucia: mocz zabarwiony i zapad, który dnia następnego po powtórném wypłókaniu 5% rozczynem się powtórzył i śmiertelnie zakończył. Nie uszło uwagi O., że po zastósowaniu mgły karbolowéj podczas operacyi wycięcia jajników trwającéj przeszło godzinę zwykle nie występowały objawy otrucia karbolowego, a po użyciu mgły podczas pierwszéj zmiany oprawy w 5 do 6 dni późniéj często takowe się ukazywały. Tłumaczył sobie to zjawisko podwyższoną skłonnością do chłonienia w skutek przypadkowego działania oprawy Listera. Hahn spostrzegał w obecnéj wojnie rosyjsko-tureckiéj po oprawie karbolowéj rany postrzałowéj połączonéj ze złamaniem kości zapalenie nerek, które po zaniechaniu tego sposobu oprawy ustąpiło. Langenbeck zaleca ostrożność przy używaniu kwasu karbolowego twierdząc, że są ludzie szczególnie tkliwi na jego wpływ. W poliklinice L. zdarzyły się 2 przypadki śmiertelnego otrucia.

III. P. Vogt (z Gryfii): O nowym sposobie wypiłowania stawu łokciowego z przedstawieniem chorego.

Wypiłowanie stawu łokciowego wykonał Vogt celem poprawienia czynności stawu uszkodzonéj zwichnięciem i następnym zrostem powierzchowni stawowych w położeniu odnogi nieomal wyprostowaném. W podobnych przypadkach chodzi o to, żeby mieć pewność, że przez operacyję czynność odnogi naprawimy. Oto V. zalecając swój sposób operowania twierdzi, że w każdym przypadku może ręczyć na pewno za dobrą czynność po operacyi i to właśnie ma stanowić wielką zaletę jego sposobu. Dotychczas wprawdzie zwykle osiągaliśmy dobre wyniki co do czynności po wypiłowaniu stawu łokciowego, ale zdarzały się nieraz, choć rzadko, i ujemne; dla tego też nigdy w poszczególnym przypadku nie mogliśmy ręczyć choremu na pewno za wynik operacyi. Sposób, w jaki V. operował, jest następujący: Poprowadził cięcie 6 cm. długie na przedniéj granicy wewnętrznego nakłykcia *(epicondylus)* kości ramieniowéj; części miękkie cokolwiek podważył; następnie odciął dłutkiem powierzchowne blaszki kostne nakłykcia razem z okostną i przyczepami mięśni zginaczy, a ku górze odłączył tylko okostnę od kości ramieniowéj, ku dołowi zaś przeciął poprzecznie wiązadło boczne wewnętrzne. W podobny sposób poprowadził cięcie przez części miękkie na zewnętrznéj stronie przed nakłykciem zewnętrznym na dół aż poniżéj główki kości sprychowéj, a ku górze aż na trzon kości ramieniowéj; następnie i tu odciął dłutkiem powierzchowną blaszkę kostną nakłykcia zewnętrznego wraz z okostną i przyczepami mięśni wyprostnych; ku wszystkim stronom uzupełnia podważką odłączenie okostnéj. Główkę kości sprychowéj odpiłowuje piłką kończastą i wyjmuje. Potém przepiłował kość ramieniową tuż po nad kłykciami także piłką kończastą. Odciągając teraz o ile możności części miękkie w tył i na wewnątrz udało się z cięcia zewnętrznego przyczep mięśnia trójgłównego od wyrostka łokciowego oddzielić, z początku za pomocą noża, a daléj znowu razem z blaszką kostną za pomocą dłutka. W ten sposób utorował sobie drogę do miejsca, w którém miał zamiar przepiłować kość łokciową wysuwając ją cokolwiek razem z częścią stawową kości ramieniowéj ściśle z nią zrostami połączoną, przepiłowanie uskutecznił i tu piłką kończastą. Nareszcie wydobył cały zrośnięty staw w jednym kawale, chociaż nie obyło się bez uszkodzenia kości przeznaczonych na wydalenie. Zmieniając tak zwykły sposób operowania podokostnego udało się V. na wszystkich miejscach, gdzie dużo na tém zależało, a mianowicie od kłykciów i wyrostka łokciowego przyczepy mięśni bez naruszenia razem z wewnętrznemi pokładami okostnéj oddzielić. Tym sposobem osiągnął tę korzyść, że już po 3 tygodniach nowo-utworzona kość w okolicy ważnych tych 3 miejsc: kłykciów i wyrostka łokciowego była tak dalece silną, że chory mógł rozpocząć ćwiczenia. W pierwszych tygodniach użył V. oprawy przeciwgnilnéj i ustalił przedramię pod prawym kątem do ramienia za pomocą łeszczotek drucianych. Podczas ćwiczenia założył z początku oprawę ze szkła wodnego *(Wasserglasrinnenverband)* połączoną ze stawem w okolicy stawu łokciowego. Do ćwiczenia używał chory ciążków zginając i prostując ciągle odnogę w stawie łokciowym. Właśnie ćwiczenia te czynne połączone z równoczesném obciążeniem ręki tyle skuteczne do wyrobienia prawidłowego stawu są tylko wtenczas już wcześnie możliwe, jeżeli operując w opisany sposób pozostawimy przyczepy mięśni nietknięte i postaramy się o szybkie wytworzenie nowéj kości. Ale też tylko tym sposobem zapewnimy sobie niewątpliwie dobrą postać i czynność nowego stawu. Potrzebném jest nie tylko wczesne i podczas całego leczenia następowego trwające ćwiczenie stawu, ale ruchy muszą nadto być wykonywane z pewną energiją w prawidłowych rozmiarach, gdyż tylko w ten sposób końce stawowe poruszające się i uciskające się nawzajem z pewną siłą, są w stanie z nowo utworzonéj kości wytoczyć postacie, odpowiadające prawidłowym. Sposób Vogta ułatwia nadto operacyję na stawach nie zapalonych lub nie zropiałych, gdzie jak wiadomo, nadzwyczaj trudno okostnę w całości od kłykciów i wyrostka łokciowego odłączyć. Podobnie zmienił V. wypiłowanie stawu ręki przed 2 laty; odcina z powierzchni grzbietowéj kości sprychowéj dłutkiem blaszkę kostną, żeby tym sposobem uchronić pochewki ścięgnowe mięśni wyprostnych od naruszenia.

Prof. König (w Gietyndze): **O leczeniu przeciwgnilném ropnego zapalenia opłucnéj.**

Literatura dotycząca tego rozdziału chirurgii jest stosunkowo dotychczas wcale bogatą, ale bo też ważność cierpienia omawianego jest wielką a spory uczone pod względem terapeutycznym przyczynić się mogą tylko do wyświecenia niektórych stron dotąd niezbyt jasno przedstawionych i posłużą niewątpliwie do ściśle umiejętnego określenia wskazań na polu terapii zwłaszcza chirugicznéj. Dlatego zasługują na baczną uwagę wnioski autora oparte na bogatém doswiadczeniu, które w streszczeniu przytaczam chcąc zainteresować pod tym względem kolegów spotykających się nieraz w praktyce codziennéj z przykrém tém cierpieniem.

W przypadkach świeżego ropnego zapalenia opłucnéj należy: 1) otworzyć jamę opłucnéj z użyciem metody przeciwgnilnéj (oczyszczenie pola operacyjnego, spray itd.).

2) Cięcie powinno przebiegać ile możności jak najniżéj, aby wydzielina nie gromadziła się w jamie opłucnéj a więc przy ułożeniu na wznak blisko kręgosłupa; zazwyczaj wystarcza jedno cięcie.

3) Cięcie powinno być o tyle wielkie, aby dren nie był zaciśnięty. Jeżeli żebra są blisko siebie ułożone, należy wypiłować kawałek żebra. Resekcyi żeber można dokonać także późniéj, kiedy przetoka zanadto się już zwęziła. Jeżeli płuco po operacyi zaraz się rozszerzy i zlepi z opłucną żebrową, to zwężenie przestrzeni międzyżebrowych nie następuje, a autor uważa za rzecz prawdopodobną, że u dorosłych bez resekcyi żeber obejść się można.

4) Po odpłynięciu ropy należy raz dokładnie przeczyścić płynem przeciwgnilnym jamę opłucnéj. W tym celu dobrze jest użyć najpierw rozczynu kw. salicylowego, a kiedy już płyn ten czysty odpływa przestrzykać jamę kw. karbolowym ($2^1/_2$ — 5%, zwłaszcza w razie obecności wydzieliny posokowatej). Hueter zrobił słuszną uwagę, że rozczyny zgęszczone nie są tak szkodliwemi, jak rozczyny słabe, pierwsze bowiem ścinają białko a wessanie ich jest trudniejsze, niż rozczynów słabych. W każdym razie desinfekcyję pierwszą należy wykonać nader ostrożnie zwłaszcza wtenczas, kiedy blaszki opłucnéj nie są pokryte grubszemi warstwami wypocinowemi.

Po desinfekcyi wprowadza się do przetoki zwyczajny dren grubości blisko palca małego, a przebicie końca jego szpilką chroni go od wpadnięcia do jamy opłucnéj, długość jego wynosić powinna 5 — 6 cm.

5) Opatrunek składa się z gazy listrowskiéj obficie nałożonéj na przetokę i jéj okolicę a następnie ze zwykłéj opaski Listra otaczającéj dokoła klatkę piersiową.

6) Opatrunek zmienić należy, skoro tylko plama pokaże się na jego powierzchni, a więc zazwyczaj po 24 godzinach. Jeżeli wydzielina wówczas okaże się bezwonną, to jamy opłucnéj nie należy przestrzykiwać; w razie przeciwnym przestrzykuje się ją z zachowaniem powyżéj wspomnianych ostrożności. Wprawdzie u chorych bardzo osłabionych grozi niebezpieczeństwo otrucia kwasem karbolowym, ale niebezpieczeństwo to w ogóle nie tak groźne jest małoznaczącém w porównaniu z niebezpieczeństwem, na jakie ustrój narażają wydzieliny posokowate. W takich przypadkach należy jamę opłucnéj przestrzykać raz dziennie, a opatrunek zmienić 2 razy dziennie. Stósownie do okoliczności wypada nieraz w takich przypadkach zrobić jeszcze drugi otwór i dren weń zaprowadzić.

Autor żywi to przekonanie, że zapalenie ropne opłucnéj da się po największéj części wyleczyć bez wielokrotnych przestrzykiwań; a tylko w przypadkach zapalenia połączonego z wydzieliną posokowatą należy przestrzykiwać jamę opłucny kilkakrotnie.

Po pierwszych ośmiu dniach opatrunek zazwyczaj zmieniać należy bardzo rzadko, tj. co 4, 8 do 10 dni; zależy to od ilości wydzieliny i szybkości przesiąknięcia opatrunku.

7) Kawałki drenu mogą być coraz to cieńsze, ale usunąć go dopóty nie należy, dopóki wydzielina zupełnie nie ustąpi. Jeżeli opatrunek przez dłuższy czas pozostaje niezmieniony, to przy następném opatrywaniu należy dren wyciągnąć i znów po oczyszczeniu włożyć napowrót, bo granulacyje łatwo dren mogą zatkać.

Metoda ta leczenia zapaleń ropnych i posokowatych opłucnej odznacza się swą prostotą i powinna wejść w codzienną praktykę lekarską, zwłaszcza, że posiada wiele zalet racyjonalnych. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1878. Nr. 25.) *Obt.*

VI. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne X. z dnia 15go maja 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 19 i jeden gość.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Ponikło przedstawił preparat rzadkiego zboczenia tchawicy, mianowicie zwężenie dolnéj części tchawicy i początku oskrzela głównego prawego, skutkiem blizny powstałéj po wrzodzie kiłowym. Wrzody kiłowe w ogóle nie rzadkie na błonie śluzowéj krtani, zajmujące mianowicie z upodobaniem błonę śluzową nagłośni, mniéj częste na więzadłach głosowych i tylnéj części krtani, jakotéż górnéj części tchawicy, stają się coraz rzadszemi w niższych częściach tchawicy tudzież w wielkich oskrzelach. O przypadku wrzodu kiłowego niższéj części tchawicy wspomina Virchow w 15 tomie *Arch.* Rokitansky podaje przypadek wrzodu kiłowego dolnéj części tchawicy, przebiegającego do aorty; przypadki podobne są również podane przez Wilksa, Wagnera, Sigla i Zeissla W przedstawionym preparacie dostrzedz można, iż około miejsca rozdziału tchawicy na główne oskrzela błonę śluzową zastępuje blizna, rozciągająca się, począwszy od miejsca na $1^1/_2$ cm. powyżéj rozdziału i zstępująca na dół do oskrzela głównego prawego, zajmująca to oskrzele i jego największe rozgałęzienia na przestrzeni 3—4 cm. licząc od rozdziału, przyczém zajmuje także karb odgraniczający oba oskrzela główne, nieznacznie przesuwając się po za niego na błonę śluzową lewego głównego oskrzela. Blizna ta biaława szaréj barwy w dolnéj części tchawicy saméj i początku oskrzeli jest cienka, w drobniutkie, listewkowate, równolegle do siebie z góry na dół przebiegające karbki ułożona, i zlana ściśle w jednę całość z tkanką łączną podśluzową. Najwięcéj rozwiniętą jest w obwodzie wyjścia oskrzela głównego prawego, gdzie tworzy wydatny, ku światłu oskrzela lekko wysterczający pierścień, złożony z tkaniny modzelowatéj, zbitéj, pod którym widoczny jest rowek okrężny, najgłębszy od strony wewnętrznéj oskrzela. Bliznowaty ten pierścień zamyka otwór mniéj więcéj kolisty, o średnicy 3 mm; poniżéj odchodzi od przedniéj powierzchni głównego prawego oskrzela cienkie pasemko bliznowatéj tkaniny, tworzące niejako mostek, który wraz z przednią powierzchnią oskrzela zamyka krótki kanał, przez który zaledwie cienka sonda przesunąć się daje. Na 3 cm. powyżéj opisanego pierścienia widać drobną brodawkowatą narośl, przylegającą szeroką powierzchnią do ściany tchawicy. Oskrzela wielkie poniżéj głównego miejsca zwężenia również zwężone, błona śluzowa zastąpiona na rozległości 2—3 cm. cienką blizną, ściśle zespojoną z tkanką podśluzową i ochrząstną. W preparacie widać również chorobowe zmiany saméj krtani; błona śluzowa wyścielająca wewnętrzną powierzchnię nagłośni zgrubiała, pomarszczona, pokryta tu i owdzie drobnemi wybujałościami brodawkowatemi; więzadła głosowe również zgrubiałe o nierównéj powierzchni. Zmiany te należy uważać za oznaki zapalenia nieżytowego przewlekłego, rozwijającego się często, bądź to samoistnie, bądź na tle kiłowém. Chociaż w innych narządach nie znaleziono żadnych zmian, któreby wyraźnie na kiłę wskazywały, mimoto jednak należy przypadek niniejszy zwężenia dróg oddechowych odnieść wyłącznie i jedynie do kiły. Owrzodzenia bowiem napotykane w tchawicy i głównych oskrzelach zawdzięczają swój początek prawie wyłącznie gruźlicy albo kile. Wrzody gruźlicze jednak, które często jako takie już charakterystycznemi cechami się odznaczają, nie zabliźniają się prawie nigdy, a przynajmniéj nie są zdolne wytworzyć blizny tak zbitéj i dobrze skonsolidowanéj, jak w niniejszym przypadku; jeżeli wśród gruźliczy poczyna się w jedném miejscu zabliźniać, szerzy się zazwyczaj w innych miejscach daléj i głębiéj tak, iż częściowa blizna po wrzodzie gruźliczym jest raczéj ciekawością anatomiczną, niż początkiem sprawy rzeczywistego gojenia się wrzodu w znaczeniu kliniczném, podczas gdy wrzody kiłowe zabliźniają się często w zupełności. Nadto rozwijają się zazwyczaj wrzody gruźlicze krtani i tchawicy wtedy dopiero, gdy sprawa gruźlicza płuc dosięgła znacznych rozmiarów; w przypadku zaś niniejszym znaleziono w płucach tylko pozostałości dawno ubie-

giéj i ograniczonéj sprawy przewlekle zapalnéj, w postaci ograniczonego zwyrodnienia modzelowatego miąższu szczytów płucnych. Ze względu więc na powyższe cechy jest zmuszonym, pomimo braku zmian cechujących kiłę w innych narządach, ocenić przypadek niniejszy jako zwężenie dróg oddechowych kiłowe *(strictura syphilit. tracheae et bronchi dextri.)*

W dyskusyi podał kol. Obtułowicz kliniczne spostrzeżenia z odnośnego przypadku (będzie umieszczone osobno w Przegl. Lek.). Kol. Obaliński wspomina, iż Koenig zaleca w przypadkach, w których zwężenie znachodzi się bardzo nisko, użycie cewki jego własnego pomysłu; konstrukcyja jéj taka iż od długości zwykłéj kanuli idzie cewka ze sprężyny, a na jéj końcu znowu kawałek stały, długość narzędzia równa się długości tchawicy. W przypadku opisanym nie byłaby prawdopodobnie znalazła zastósowania, gdyż w miejscu zwężenia byłaby zatkała całe światło tchawicy. Kol Obtułowicz twierdzi, że zastósowanie kanuli Koeniga miałoby wtedy swoją donioslość, gdyby np. tchawica zapadała się skutkiem zropienia chrząstek, w przypadkach znacznego zwężenia nie prowadzi ona do celu. W przypadkach opisanych przez Reya używano w takich razach szczypczyków podanych przez Trousseaua, które niejako rozwierały tchawicę; Schrötter rozrywał za pomocą swego narzędzia zrosty nawet w oskrzelach, poczém nastawało polepszenie, a nawet wyzdrowienie. Kol. Zarewicz zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu, jakie zachodziły w obecnym przypadku; już kol. Ponikło wspomniał, iż wrzody kiłowe późnego okresu usadawiają się zazwyczaj w górnéj albo dolnéj części tchawicy, pozostawiając środek wolnym od cierpienia. Wrzody te zajmują zwykle znaczną przestrzeń, a szerząc się mogą wywołać zniszczenie chrząstek, które zamknąć mogą światło tchawicy i sprowadzić nagłą śmierć przez uduszenie, jeżeli na zewnątrz wydalone nie zostaną. Przypadek tego rodzaju wystąpić może tém łatwiéj, iż światło tchawicy zwężone jest już skutkiem towarzyszącego obrzmienia błony śluzowéj. W innych przypadkach znowu goją się wrzody w jednéj części, szerząc się równocześnie w innych kierunkach, albo téż zagoiwszy się zupełnie pozostawiają blizny, które zmniejszają światło tchawicy. W tych razach bywa przebieg cierpienia przewlekłym, a chorzy uskarżają się na utrudnione oddychanie, kaszel, osłabienie głosu itd. Przypady te wzmagają się coraz bardziéj, aż wreszcie utrudniony oddech przemienia się w napady duszności, które coraz częściéj występują, aż w końcu stają się niemal ciągłemi. Wziernikowe badanie krtani daje wynik ujemny, a chorzy uskarżają się na ból tylko w górnéj części mostka i tę okolicę wskazują jako siedzibę przeszkody w oddychaniu. Chorzy zgłaszają się do szpitala zazwyczaj wtenczas dopiero, gdy z powodu coraz częściéj pojawiających się napadów duszności stają się niezdolni do pracy. Tracheotomija sprowadza chwilową ulgę, co w ten sposób tłumaczyć należy, że śluz nagromadzony po za miejscem zwężenia nie może być wydalonym na zewnątrz z powodu osłabionéj vis a tergo, i zamyka i tak już zwężone światło tchawicy, po rozcięciu zaś tchawicy następuje zadrażnienie błony śluzowéj dróg oddechowych przez powietrze stosunkowo zimniejsze, wywołuje odruch, przez co śluz usunięty zostaje, a chorzy chwilowo wolniéj oddychają. W rozpoznawaniu zwężeń tchawicy, wykluczywszy inne cierpienia a mając na uwadze tylko omawiany przypadek, kierowaćby się wypadało następującemi przypadami: zwolna występującemi i wzmagającemi się napadami duszności, brakiem zmian chorobowych w krtani, osłabieniem i co najwyżéj obłożeniem głosu, bólem w okolicy górnéj części mostka, a w końcu obniżeniem i nieruchomością tchawicy, przy znacznèm zniszczeniu pierścieni tchawicy i zrostów z sąsiedniemi częściami *(Trélat)*. W opisanym przypadku zachodziła wszakże ta trudność, iż przy badaniu wziernikowém znaleziono obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowéj w okolicy chrząstki nalewkowéj lewéj, przez co prof. Rosner tém bardziéj mógł się widzieć upoważnionym do wykonania rozcięcia tchawicy. Sekcyja wytłumaczyła znaczenie téj zmiany. Skoro jednak po rozcięciu tchawicy utrudnienie oddechu nie ustąpiło, przypuszczono przyczynę zwężenia poniżéj miejsca rozciętego, a lubo nikt niemógł wątpić o przyrodzie cierpienia, mogła jednak zachodzić niepokonana trudność w oznaczeniu rodzaju i rozległości zmian. Badanie wziernikowe było niepodobném z powodu ustawicznego nagromadzenia śluzu, zasłaniającego pole widzenia.

3) Z kolei przedstawił kol. Ponikło płuco i krtań, pochodzące z sekcyi mężczyzny 21 l. liczącego, zmałego w szpitalu św. Łazarza na nosaciznę. Wiadomo iż wśród przebiegu nosacizny u człowieka rozwijają się w skórze właściwéj guzki nowotworowe zamieniające się rychło na drobne ropnie podobne do wielkich krost ospowych. Prócz tego powstają niekiedy, częściéj w nosaciźnie przewlekle przebiegającéj, rozległejsze ropnie w tkance podskórnéj, wypełnione brudną gęstą ropą, dochodzące czasem wielkości pięści. Podobne nacieki rozwijają się także w narządach wewnętrznych, mianowicie w płucach, krtani, tylnéj części jamy nosowéj i innych; w niniejszym np. przypadku znaleziono guzek taki w przyjądrzu. Główne zaś zmiany znachodzą się na błonie śluzowéj krtani w postaci guzków wielkości ziarna grochu, daléj rozlany naciek nagłośni, a w dolnéj części płuca guz wielkości pięści, zbity, bezpowietrzny, na przekroju szarawo żółto zabarwiony, rozpadający się w licznych miejscach na jamki wypełnione gęstą ropą *(pneumonia malleosa)*.

W dyskusyi podaje kol. Radek, że chory, który zmarł w szpitalu św. Łazarza, był na oddz. chorób chirurg. tylko dwie doby. Opowiadał on, że służył jako parobek do koni, nie może jednak podać, czy który z koni był chory; do szpitala przybył przed 8 dniami z cierpieniem spojówki oka prawego; po 5 dniach pobytu na oddziale chorób gorączkowych wystąpiło stwardnienie i obrzęk górnéj powieki oka prawego, rozpoznano karbunkuł i odesłano na oddział chirurgiczny. Kol. Radek uskutecznił natychmiast przecięcie powieki górnéj aż do części zdrowéj, ciepłota wynosiła 40·5° C. Nazajutrz rano stwierdził kol. Obaliński, że mimo poprzedniego przecięcia mniemany karbunkuł szerzy się daléj, przeciął zatém powiekę jeszcze w kilku miejscach, mimo to jednak nie przerwano przebiegu sprawy chorobowéj. Trzeciego dnia rano rozpoznano pyemię na podstawie dreszczów, ropni, żółtaczki i małych guzków rozsianych po całém ciele; nosaciznę można było dopiero w ostatnim dniu rozpoznać, gdy guzki te przybrały kształt podobny do ospic. Kol. Ponikło opowiada o przypadku nosacizny obserwowanym w szpitalu św. Łazarza przed 3 laty. Dotyczył on mężczyzny lat około 20. Gdy przybył do szpitala, uskarżał się na ogólne osłabienie, bóle w stawach i gwałtowny nieżyt nosa, przechodzący w ostry śluzoropotok z krwotokami. Wkrótce pojawiły się na odnogach dolnych i górnych plamki sinawe od wielkości główki od szpilki do wielkości 3 cm. średnicy; późniéj nieco pojawiły się podobne zmiany na skórze czoła i twarzy. W następstwie zamieniły się te plamy na guzki, lekko wyniosłe ponad poziom skóry, na twarzy przeobraziły się w krosty, podobne do wielkich krost ospowych, na odnogach zaś w ropnie, dochodzące wielkości orzecha włoskiego. Gorączka wysoka przekraczająca 40° c., ogólne osłabienie znaczne, brak przytomności, stan ogólny przypomniał chorego durzycowego Przy sekcyi znaleziono oprócz zmian na skórze kilka guzków w tylnéj części jamy nosowéj i na opłucnéj. Kol. Ściborowski nadmienia, że w przebiegu nosacizny uskarżają się chorzy często na ból w stawach, a sekcyja wykazuje zropienie tychże.

4) Kol. Ściborowski zdaje sprawę z czynności Komisyi, mającéj na celu popieranie wyrobów aptekarskich i ogólno lekarskich krajowych i odczytuje regulamin. W ożywionéj dyskusyi brali udział koll. Janikowski, Grabowski, Obtułowicz, Buszek, Obaliński, Trauczyński i sprawozdawca. Na wniosek kol. Obalińskiego uchwalono ogłaszać w Przegl. Lek. tylko ostateczne wnioski téj komisyi, przyjęte przez towarzystwo, poczém kol. Ściborowski odczytał spis wyrobów aptekarskich już na pierwszém posiedzeniu komisyi przyjętych i zalecanych.

5) Dr. Cwiklicer z Krakowa został wybrany członkiem czynnym a prof. Dr. Laskowski z Genewy członkiem koresp. towarzystwa

Dr. Wurst.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 11 lipca. Wydział lekarski tutejszy na posiedzeniu swém z d. 5 bm. uchwalił przedstawić docenta prywatnego Dra Stanisława Domańskiego na profesora nadzw. chorób nerwowych, oraz mianował Dra E. Macheka asystentem kliniki chorób ocznych.

* Na posiedzeniu komisyi sanitarnéj miejskiéj z d. 5 bm. sekretarz Dr. Buszek zdał sprawę z dotychczasowych

czynności w sprawie szczepienia; referendarz p. Wyrobisz zawiadomił o uchwale magistratu, według której tenże w sprawach budowli w miarę potrzeby zasiągać będzie zdania komisyi; Dr. Neusser odczytał sprawozdanie podkomisyi wyznaczonéj do zbadania stanu aresztów miejskich i poczynił wnioski ze stanowiska higijenicznego wskazane, a które komisyja przyjęła z dodatkiem atoli, że zmiany przez podkomisyję wskazane uważa jako minimum zmian pożądanych; następnie w zastępstwie nieobecnego Dra Janikowskiego sekretarz odczytał interpelacyje tegoż tyczące się niewykonania przez Magistrat kilku uchwał komisyi sanitarnéj oraz pominięcie tejże przy zarządzeniu desinfekcyi ogólnéj dla miasta, — na pytania te referendarz magistratu udzielił odpowiedzi; wreszcie tenże odczytał podanie komitetu administr. szpitali tutejszych, aby magistrat zezwolił na urządzenie w szpitalu św. Łazarza dołu do wyrabiania kompostu na uprawę ogrodu przyległego. Fizyk miasta oświadczył się był za udzieleniem pozwolenia pod pewnemi warunkami, natomiast sekcyja V Rady miejskiéj nie przychyliła się do prośby komitetu i uchwaliła oddać tę sprawę pod rozstrzygnięcie komisyi sanitarnéj. Na wniosek Dra Blumenstoka wybrano podkomisyję, w skład któréj wchodzą: fizyk Dr. Mohr, Dr. Pareński prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza oraz Dr. Julijan Grabowski celem rozpatrzenia się na miejscu i zdania sprawy na najbliższém posiedzeniu.

* W Cieplicach czeskich do d. 6 b. m. bawiło gości 5086, a w Krynicy do tegoż dnia osób 762.

O Statystyka śmiertelności. W tygodniu 26 (od 23 — 29 czerwca) umarło w Krakowie osób 41; 22 mężczyzn i 19 kobiet; 25 osób umarło w obwodach i 16 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 38·1. W tymże czasie umarło w Krakowie z chorób zakaźnych 5 osób, mianowicie: z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru powrotnego 1, z ropnicy 2.

* **Warszawa.** Zmarły w Kazaniu doktór medycycy Żukowski zapisał prawie połowę swego majątku na korzyść niezamożnych studentów warszawskiego uniwersytetu; egzekutorowie testamentu nadesłali już do Banku polskiego dwanaście tysięcy rubli, z któréj to sumy utworzoném zostanie stypendyjum imienia Żukowskich. *(Kur. Warsz.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Kerner w Insbruku mianowany prof. botaniki i dyrektorem ogrodu botanicznego w Wiedniu. — Prof zoologii w Pradze czeskiéj Dr. Stein otrzymał szlachectwo austryjackie. — Prof. anatomii Dantscher w Insbruku wybrany rektorem na rok przyszły. — Prof. Spiegelberg we Wrocławiu powołany został na katedrę opróżnioną w Strasburgu po Gusserowie, a prof. Jürgensen w Tybindze powołany do Kielu po Bartelsie. — W Budapeszcie habilitowali się Drowie Laufenauer i Belky, pierwszy jako docent psychijatryi, ostatni jako docent medycyny sądowéj.

Piśmiennictwo lekarskie. Prof. HENKE (w Tybindze): Topographische Anatomie des Menschen in Abbildung und Beschreibung. Atlas nach Zeichnungen des Verfassers lithographirt von A. Gatternicht in Stuttgart. Erste Hälfte. Vom Kopf bis zum Zwerchfell. 38 Tafeln in Folio. 1878. 20 mark.

BOETTGER H., die Nahrungsverweigerung der Irren. Eine psychiatr. Studie, Leipzig, Zangenberg et Himly. 0·75 m.

BRÜCKE E., üb. willkürliche u. krampfhafte Bewegungen. Wien, Gerold's Sohn. 1 80 m.

BUCHHEIM R., Lehrbuch der Arzneimittellehre. 3. Aufl. Leipzig, Voss. m. 10. —

ERISMANN F., Gesundheitslehre f. Gebildete aller Stände. München, Rieger. m. 3. —

KIHN K., die Iridektomie u. ihre Heilwirkung beim Glaukom. Eichstätt. Krüll. m. 1. —

MITTHEILUNGEN aus dem Königsberger physiologischen Laboratorium, hrsg von W. v. Wittich. Königsberg, Hartung. m. 6 —

PENTENRIEDER B. Beitrag zur Lehre der Necrosen. München, Fritsch. m. 2. 50.

ROUX W, üb. die Verzweigungen der Blutgefässe. Eine morpholog. Studie. Jena, Fischer. m. 1 50.

STRÜMPELL L., die Geisteskräfte der Menschen verglichen m. denen der Thiere Ein Bedenken gegen Darwin's Ansicht üb. denselben Gegenstand. Leipzig, Veit et Co. m 1. 60.

WENZEL E., Atlas der Gewebelehre d. Menschen u. der höheren Thiere f. Aerzte u. Studirende der Medicin. 1. Hft. Dresden, Meinhold et Söhne. m. 2 —

Dr. Fr. FALK (w Berlinie). Die sanitätspolizeiliche Uiberwachung höherer und niederer Schulen u. ihre Aufgaben. II. vermehrte Ausgabe. Leipzig 1878, Veit et C. 2·40 m.

Dr. J. HOCK (we Wiedniu). Der gegenwärtige Stand der Lehre vom Glaukom. Wiener Klinik. 1878, 6 Heft. Urban et Schwarzenberg, in 8vo.

DEMANGE E. De l'azoturie. Paris 1878, Delahaye, in 8vo, p. 152. Prix. 3·50 fr.

LEGRAND du SAULLE. Les signes physiques des folies raisonnantes. Paris 1878, Delahaye, in 8vo p. 76. 2 fr.

RENDU H. Etude comperative des néphrites chroniques. Paris 1878, Delahaye, in 8vo 221. 4 fr.

MAYER. Die Wunden der Milz. mit 1. chrom. Tafel. Leipzig 1878 Vogel 8vo, str. 156. 6 m.

KÜHNE Dr. H. Die Bedeutung des Anpassungsgesetzes für die Therapie, mit besonderer Berücksichtigung der hygienischen und diätetischen Heilmethoden. Leipzig Günther 1878, 8vo, str. 104. 2 m.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. w Poznaniu, Dr. O. w Warszawie, Dr. A. L. we Wiedniu, Dr. G. w Mielcu: Otrzymaliśmy.

Szan. Kolegów, którym prenumerata ukończyła się z d. 1 bm., upraszamy o rychłe nadesłanie prenumeraty dalszéj, celem uniknięcia przerwy w przesyłce.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józ. Stiera.